

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921. — N° 19

DE L'ABSENCE DE TEMPÉRATURE

PRIMITIVE OU SECONDAIRE

DANS

CERTAINES COLLECTIONS PURULENTES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Novembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DESVIGNES

EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

INTERNE DES HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

né le 3 Juin 1894, à LYON (Rhône)



SAINT-ÉTIENNE

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE THÉOLIER

12, Rue Gérolet, 12

NOVEMBRE 1920

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921. — N° 19

DE L'ABSENCE DE TEMPÉRATURE

PRIMITIVE OU SECONDAIRE

DANS

CERTAINES COLLECTIONS PURULENTES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Novembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DESVIGNES

EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

INTERNE DES HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

né le 3 Juin 1894, à LYON (Rhône)



SAINT-ÉTIENNE

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE THÉOLIER

12, Rue Gérentet, 12

—
NOVEMBRE 1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LÉPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.		ROQUE. BARD. TIXIER. BÉRARD. FABRE. ROLLET. NICOLAS. LÉPINE (J.). WEILL. POLLOSSON (A.). LANNOIS. ROCHET. NOVÉ-JOSSERAND CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. MOREAU. GUIART. LATARJET. POLICARD. DOYON. COLLET. MOURIQUAND. PAVIOT. VILLARD. ARLOING (F). ÉTIENNE MARTIN. COURMONT (P.). PIC. FLORENCE.
Clinique obstétricale et Accouchements		
Clinique ophtalmologique		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		
Clinique neurologique et psychiatrique.		
Clinique des maladies des enfants		
Clinique des maladies des femmes		
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.		
Clinique des maladies des voies urinaires.		
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.		
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		
Chimie biologique		
Chimie organique et Toxicologie		
Matière médicale et Botanique.		
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		
Anatomie		
Anatomie générale et Histologie		
Physiologie.		
Pathologie interne		
Pathologie et Thérapeutiques générales		
Anatomie pathologique		
Médecine opératoire		
Médecine expérimentale et comparée		
Médecine légale		
Hygiène		
Thérapeutique		
Pharmacologie		

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	MM. VALLAS.
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.
Accouchements	COMMANDEUR.
Embryologie	HOVELACQUE.
Anatomie topographique.	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Urologie.	GAYET.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	CADE.	COTTE	CORDIER.
COMMANDEUR.	GUILLEMARD.	DUROUX.	ROUBIER.
NOGIER.	GARIN.	HOVELACQUE.	FAVRE.
BRETIN.	SAVY.	TRILLAT.	MURARD.
LERICHE.	FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE.	GRAVIER, chargé des fonctions.
TAVERNIER.	PIERY.	ROCHAIX.	

M. BAYLÉ, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président ; VILLARD, Assesseur ;
LERICHE et THEVENOT Léon, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MON FRÈRE,

A MA MÈRE,

A TOUS LES MIENS,

A MES AMIS.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur TIXIER,
Professeur de Clinique chirurgicale

Aux Membres de mon Jury.

A MES MAITRES :

Dans les Hôpitaux de Lyon :

MM. le Docteur DURAND ;
le Docteur GALLAVARDIN ;
le Docteur BRET ;
le Professeur agrégé GAYET ;
le Professeur ROLLET.

Dans les Hôpitaux de Saint-Etienne :

MM. le Docteur VIANNAY ;
le Docteur MULLER ;
le Docteur BEUTTER ;
le Docteur ARNAUD ;
le Docteur BÉRARD.

INTRODUCTION

La question de la température dans l'appendicite a été étudiée par nombre d'auteurs.

La *Semaine Médicale* du 3 février 1904 publie un article intitulé : « La valeur pronostique et diagnostique de la fièvre dans l'appendicite », où M. Cheinisse, à la suite de Rotter, d'Hergoz, se livre au pointage de nombreuses statistiques.

Peu de temps après, Lancet rassemble un certain nombre d'observations dans une thèse soutenue à Paris, en 1906, et intitulée : « La température et le pouls dans quelques appendicites aiguës ». « Il y a, dit-il, des appendicites graves, sans modification de la température, de volumineuses collections suppurées, de redoutables péritonites généralisées qui évoluent presque sans fièvre. »

Vignard, dans la *Province Médicale* (du 6 avril 1907, page 169), étudie la question qui nous occupe ici et insiste sur le fait que la température s'abaisse et peut rester basse (au-dessous de 38°) pendant deux, trois jours, quand l'abcès appendiculaire s'est formé.

Voici comment il s'exprime : « En l'absence de tout symptôme abdominal, il faut tenir grand compte de la température. Volontiers on s'imagine

que les températures élevées, c'est-à-dire supérieures à $38^{\circ}5$, ont seules une valeur au point de vue de la gravité du pronostic. Lorsque le thermomètre oscille entre $37^{\circ}8$ et $38^{\circ}4$, on se rassure et l'on est presque tenté de déclarer qu'il n'y a pas de fièvre. Si d'aventure la température reste pendant quarante-huit heures au-dessous de 38° , on ne se donne même plus la peine de penser à la moindre complication. Or, je crois avoir assez démontré par des exemples que lorsque l'abcès est formé et enkysté loin de la cavité péritonéale, la température s'abaisse et reste basse pendant deux ou trois jours, pour remonter ensuite. Il ne faut donc pas se laisser aller à une sécurité qui peut être préjudiciable au malade. Lorsque, au troisième ou quatrième jour, et à plus forte raison au delà, un appendiculaire a une température égale ou supérieure à 38° , on peut être certain qu'il y a du pus. »

A la Société de Chirurgie de Lyon du 25 février 1909 (compte rendu in *Lyon Médical* 1909, page 936), dans une discussion sur les formes purulentes d'appendicites et de péritonite apyrétique, Vignard cite le cas d'une appendicite chez une fillette de 12 ans, avec, comme premier et presque unique symptôme, de l'occlusion. L'intervention au 5^e jour après une évolution à 38° , mène sur des anses grêles, agglutinées, d'un isolement difficile, au milieu desquelles se trouve, noyé dans un abcès, un appendice enflammé, en battant de cloche, perforé à son extrémité.

L'auteur profite de cette observation pour attirer

à nouveau l'attention sur le peu de renseignements que donne la température dans l'appendicite chez l'enfant. « Il n'est pas rare, dit-il, de trouver des ventres pleins de pus avec une température de 38° ou 38°2 et, récemment encore, j'ai observé un petit garçon qui avait de la péritonite diffuse, un appendice énorme, gangrené et perforé à son extrémité, avec une température de 37°8 le matin du jour où je l'ai opéré, un ventre dur, mais peu ballonné, et un état général qui ne paraissait pas altéré. »

Bérard et Vignard, dans leur *Traité de l'Appendicite*, en 1914, ont insisté à diverses reprises sur le caractère trompeur de l'apyrexie dans certaines formes d'appendicites. Nous aurons, au cours de ce travail, l'occasion de revenir sur cet ouvrage. C'est donc un fait bien connu à l'heure actuelle. Nous pensons cependant faire œuvre utile, en soulignant encore une fois le fait, et en lui consacrant notre travail inaugural.

Nous y apportons un certain nombre d'observations inédites que nous devons à l'obligeance du docteur Müller, chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne.

Qu'il nous soit permis de lui témoigner ici nos sentiments de vive gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service où nous avons eu l'occasion de suivre deux des malades cités dans ce travail.

OBSERVATIONS

Ces observations seront naturellement divisées en deux groupes par leur étude clinique même. Dans le premier, nous réunirons les malades que nous appellerons les apyrétiques primitifs, les malades au-dessous de 38° ou dépassant à peine 38° , ayant cette faible température dès le début de la crise, par opposition à ceux du second groupe qui sera réservé à nos dénommés les apyrétiques dits secondaires, avec chute de température au-dessous de 38° après quelques jours de fièvre, et se maintenant au-dessous de 38° pendant deux, trois, quatre jours et plus, donnant l'impression de résolution de la crise sans suppuration, le pouls évoluant souvent de pair avec la température et se tenant au-dessous de 100.

OBSERVATIONS DU PREMIER GROUPE LES APYRETIQUES PRIMITIFS

OBSERVATION I

M. Ch. Jean-Marie, 8 ans. — Cet enfant est envoyé à l'hôpital de Bellevue, le 25 octobre 1912, par le Dr Berthier, pour des symptômes d'occlusion intestinale ayant débuté il y a quatre jours, le 21 octobre au soir, par des douleurs abdominales, l'absence d'émission de matières et de gaz, des vomissements bilieux incessants, une température constamment au-dessous de 38° depuis le début de la crise.

Pas d'histoire abdominale antérieure, a eu, depuis le début des accidents, lavements et purgations avec calomel sans résultat, à l'examen à l'entrée le facies est assez bon, non

grippé, le ventre est un peu météorisé dans toute son étendue ; un peu de défense musculaire, sans contracture intense, sans ventre de bois.

La palpation, peu douloureuse, ne décèle aucun plastron, ni aucune tuméfaction localisée. Le toucher rectal est négatif.

Langue saburale, température 36,8, pouls à 100. On décide l'intervention immédiate sans faire de diagnostic précis.

Intervention, 25 octobre, à 11 h. 1/2, quatrième jour de la maladie.

Laparotomie sous-ombilicale médiane.

Il s'agit d'une péritonite généralisée, il s'écoule du liquide purulent à odeur stercorale.

Il n'y a aucun cloisonnement, les anses sont libres au milieu du liquide purulent, recouvertes d'exsudats fibrineux qui les accolent çà et là les unes aux autres. On se dirige vers la fosse iliaque droite pour attirer le cœcum : ces manœuvres font s'écouler des flots de liquide purulent. On assèche autant que faire se peut avec des compresses, on explore le cœcum et la fin de l'iléon, on ne voit pas l'appendice. On cherche à attirer plus fortement le cœcum pour examiner comme il faut sa face postérieure. Cette extériorisation est difficile, le cœcum vient mal. On peut se rendre compte cependant que l'appendice est en situation rétrocolique, haut placé, fixé entre le côlon et la paroi, et qu'il s'agit bien d'une appendicite, mais il est impossible de faire une appendicectomie : l'appendice est hors de portée. Il faudrait faire une autre incision dans la fosse iliaque, mais cette prolongation d'intervention paraît trop grave pour l'état du malade.

On place drain et mèche à la partie inférieure de l'orifice de laparotomie, que l'on referme, sauf sur l'étendue nécessaire, au passage de drain et mèche, soit deux travers de doigt environ, l'enfant a vécu encore trois jours, avec une température au-dessous de 38°, il est mort le lundi 28 octobre, à 3 heures de l'après-midi.

Vérification. — Mardi 29 octobre, après-midi, 3 heures, abdomen considérablement distendu par les anses intestinales dilatées. Peu de liquide, il n'y a que quelques flaques de liquide purulent dans le Douglas, dans les fosses iliaques et les hypocondres, c'est-à-dire dans les parties déclives et dans les excavations de la paroi abdominale postérieure, en

arrière de la masse intestinale ; mais en somme pas de liquide en quantité abondante.

Le côlon transverse tombe au-devant des anses grêles en V, entraîné par l'épiploon, qui s'est porté en masse vers la fosse iliaque droite, en avant du cœcum et du côlon ascendant.

Les anses grêles, dilatées, rouges, sont agglutinées par place par des adhérences lâches, et recouvertes d'exsudats blancs-verdâtres, qui forment çà et là de larges placards pseudo-membraneux. Au niveau de l'hypocondre gauche, l'agglutination des anses est plus solide qu'ailleurs, et il y a à ce niveau un véritable bloc d'anses, enchevêtrées les unes dans les autres, et plus ou moins tordues, qu'on libère avec une certaine difficulté.

Après constatation des organes en place, on enlève toute la masse grêle.

On inspecte alors le cœcum et le côlon ascendant, l'appendice remonte en arrière du côlon, fixé contre ce dernier : l'appendice est coudé en deux et entouré de quelques adhérences purulentes, on enlève le cœcum, côlon appendice. Ce dernier examiné, de 10 cm. de longueur environ, présente au niveau de sa portion coudée des lésions de folliculite gangréneuse, avec une perforation à l'emporte-pièce, de dimension d'une petite lentille. A l'extrémité fermée de l'appendice, petit calcul stercoral.

La masse grêle est ouverte et examinée sur toute sa longueur : il y a çà et là des plaques de congestion de la muqueuse, mais sans plus. Le duodénum, l'estomac, sont intacts, le côlon, l'S iliaque également.

En résumé :

Péritonite généralisée, purulente, par perforation appendiculaire, à signes abdominaux frustes (ce qui dominait, c'étaient les vomissements incessants depuis trois jours, l'arrêt des matières et des gaz).

Et ceci, sans température.

Cette péritonite s'est généralisée, malgré la situation postérieure de l'appendice, franchement rétro-colique, et haut placé, qui aurait dû entraîner la formation d'un foyer localisé.

Nous avons ici l'exemple d'un malade qui, pris en pleine santé, fait sans réaction thermique appréciable, une péritonite purulente en quatre jours.

OBSERVATION II

Cha... Louis, 30 ans. Ce malade rentre à l'hôpital de Bellevue le 8 décembre 1919, il a été opéré il y a dix ans pour appendicite, par le docteur Viannay, et dit qu'on lui a enlevé l'appendice. Il s'est toujours bien porté depuis.

Il y a quelques jours, il a été pris de coliques et de météorisme modéré, sans grand retentissement général, sans fièvre marquée, le thermomètre oscille entre 37 et 38°, sans douleurs vives. On fait le diagnostic d'adhérences au niveau de l'ancien foyer appendiculaire, et on décide d'opérer le lendemain.

Intervention le 9 décembre. Incision de Mac Burney-Gosset.

On tombe sur une collection suppurée d'odeur stercorale, la valeur d'un verre ; le pus épongé, on se rend compte qu'il est d'origine appendiculaire, on trouve un moignon d'appendice assez long, 5 cm. environ, s'implantant normalement sur le cœcum, ouvert à son extrémité distale. Il n'est pas douteux qu'il s'agit de la portion cœcale restant de l'appendice, non sphacélée lors du premier abcès appendiculaire, la pointe et la portion distale ayant dû être détruites par le processus suppuratif. Ce moignon, qui est resté oblitéré pendant une dizaine d'années et inoffensif, a donné lieu au bout de ce laps de temps à des accidents nouveaux par inflammation et réouverture de son extrémité oblitérée, avec formation d'une collection suppurée dans la fosse iliaque droite, à une nouvelle appendicite avec abcès, qui fut prise, étant donné le dire du malade et le peu de température, pour des phénomènes d'obstruction par adhérences.

Ablation du moignon restant, suites opératoires simples, cicatrisation en trois semaines.

OBSERVATION III

Vold... Antoine, 45 ans, entre au Pavillon d'urgence de Saint-Etienne, le 20 septembre 1919, souffrant depuis quatre jours de la fosse iliaque droite, où on constate une tuméfaction douloureuse, température 38°, c'est sa première crise, pas

d'antécédents à signaler. Traitement par la glace, l'opium et la diète. Pas d'intervention, étant donné le peu de température qui oscille entre 38°5 et 38° et l'impression d'évolution favorable ; le 28 septembre, le malade est transporté à l'hôpital Bellevue.

Le Dr Müller le voit pour la première fois, le lundi matin, 29.

Ce dimanche, température du matin : 37°7 ; du soir : 37°1.

Le lundi, — — — 37° ; — — — 37°.

Malgré cette absence de température, on décide d'intervenir, ayant l'impression d'un gros abcès appendiculaire, à cause de la teinte terreuse du malade (teinte de résorption purulente), du pouls petit, dépressible à 110, et de la tuméfaction persistante de la fosse iliaque droite.

Opération, 29 septembre, à 17 heures.

Incision de Mac Burney-Gosset, dès l'ouverture du péritoine il s'écoule du pus malodorant, on en évacue un demi-litre au moins qui occupait la fosse iliaque droite, en avant et en arrière du cœcum, et du côlon ascendant avec prolongement en bas jusqu'à la partie supérieure du pelvis.

L'appendice coudé par son méso, retenu à la partie profonde de la fosse iliaque, plus bas que le cœcum, mais non en arrière de lui (et cependant on trouve une grosse poche purulente rétrocœcale et rétrocolique), est enlevé sans grande peine : ouvert, il présente deux calculs stercoraux durs, à caractère pierreux, anciens, logés et comme incrustés. Le plus petit, à la toute extrémité de l'appendice, le plus gros, à 4 centimètres de cette extrémité, au niveau de laquelle existe une petite perforation de la grosseur d'une tête d'épingle métallique, correspondant au petit calcul qui avait la forme et la dimension d'une moitié de noyau de mûrise.

Mort du malade le 1^{er} octobre, dans la nuit, trente-six heures après l'opération, par faiblesse progressive due à la résorption purulente, sans phénomène particulier du côté de l'abdomen, sans aucune réaction péritonéale.

Nous sommes ici encore en présence d'une appendicite aiguë, ayant déterminé, malgré une température modérée, la formation d'une vaste collection purulente.

Cette absence de grosse réaction thermique, la sédation des douleurs, l'absence de toute menace de réaction péritonéale

généralisée, firent différer l'intervention, la crise paraissait devoir aboutir à la résolution et au refroidissement spontanés, d'autant plus qu'à la fin de la deuxième semaine, la température est à 37°, et cela pendant deux jours.

Cette allure trompeuse de la température a fait perdre au malade le bénéfice d'une intervention faite en temps voulu qui l'eût probablement sauvé.

OBSERVATION DU SECOND GROUPE LES APYRÉTIQUES SECONDAIRES

OBSERVATION IV

Col... Jean, 13 ans. — Cet enfant, sans antécédent intéressant, est pris brusquement, le 7 octobre 1913, d'une douleur abdominale vive, siégeant dans la fosse iliaque droite. En même temps apparaissent des vomissements et de la fièvre, la température oscille autour de 39° les deux premiers jours de l'affection.

Le troisième jour, tout paraît rentrer dans l'ordre, les vomissements se sont arrêtés, les douleurs abdominales sont moins fortes, la température tombe à 37°6 le matin, ne dépasse pas 37°8 le soir.

Le quatrième jour (10 octobre), l'amélioration paraît s'accroître. La fièvre est complètement tombée, 36°8 le matin, 37°2 le soir. L'enfant garde toutefois une certaine tuméfaction diffuse de la région sous-ombilicale, avec défense musculaire de la paroi, et état douloureux de la région.

Le cinquième jour, température à 37°1 le matin, 37°3 le soir.

Le sixième jour, elle est à 37° le matin, et 38°3 le soir.

Le septième jour (13 octobre), elle redescend au-dessous de 38°, et on note 37°4 le matin, 37°8 dans l'après-midi.

Néanmoins, devant la persistance de l'état douloureux de la région sous-ombilicale de l'abdomen, de la tuméfaction diffuse sous-ombilicale avec contracture douloureuse de défense, le docteur Rebaud, médecin traitant, fait appeler en consultation le docteur Müller ; celui-ci, malgré l'absence de

fièvre depuis cinq jours, conseille l'intervention chirurgicale d'urgence. L'enfant, amené au Pavillon d'urgence de Saint-Etienne, est opéré le soir même, immédiatement avant l'opération, la température est à 38° et le pouls à 96, régulier et bien frappé.

Intervention le 13 octobre 1913, 9 heures du soir.

Laparotomie iliaque droite (Mac Burney-Gosset), avec dissection musculaire. Après l'incision du péritoine, il s'écoule plus d'un demi-litre de pus collecté dans la région sous-ombilicale et le petit bassin.

Malgré des recherches prolongées, il est impossible de trouver l'appendice et d'en faire l'ablation. Drainage par un drain flanqué de deux mèches de gaze, sortant à la partie inférieure de l'incision qui est suturée sur le reste de son étendue.

Suites opératoires. — Après une poussée à 39° le lendemain de l'intervention, la température baisse à 38° le surlendemain, à 37°5 le troisième jour. Depuis, exception faite pour un crochet fébrile à 38°4 le jour du pansement, elle est restée au-dessous de 38°, et oscille définitivement à partir du 23 octobre autour de 37°.

Cicatrisation complète avec guérison en un mois environ.

OBSERVATION V

Femme Guill..., 55 ans, entre à l'hôpital Bellevue le 26 avril 1912. Rien à noter dans les antécédents, bonne santé habituelle, n'a jamais souffert du ventre jusqu'ici. C'est sa première crise, ayant débuté brusquement, il y a quatre jours, avec vomissement le premier jour ; la malade est mise au repos avec de la glace sur le ventre, on note un gros plastron de la fosse iliaque droite, la température est voisine de 39°.

Le 28, la malade commense sa défervescence, le 29 et le 30, apyrexie.

On intervient le 30, la malade ayant gardé une tuméfaction douloureuse par incision oblique avec dissection. Après ouverture du péritoine et décollement antérieur du cœcum et de l'épiploon, il s'écoule environ un verre de pus épais et fétide.

Après évacuation du pus, recherche de l'appendice qui est

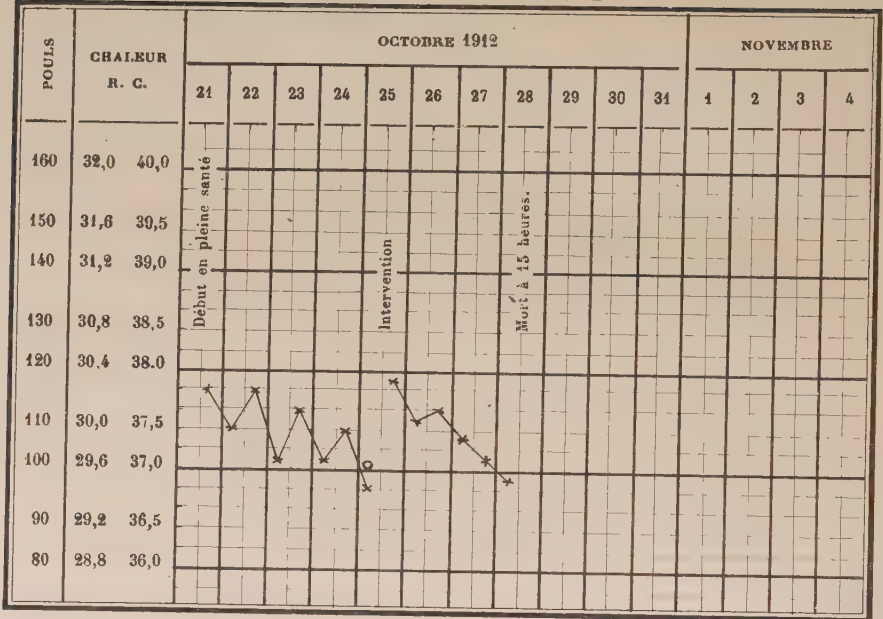
en arrière du cœcum, enrobé par l'épiploon qu'on libère, on trouve l'appendice détruit dans sa partie initiale attenante au cœcum qui est sphacélée. Il est impossible, vu la profondeur et les adhérences, d'apercevoir nettement le point d'attache cœcum qui est sphacélée. Il est impossible, vu la profondeur

Le méso appendiculaire est également peu distinct et impossible à lier.

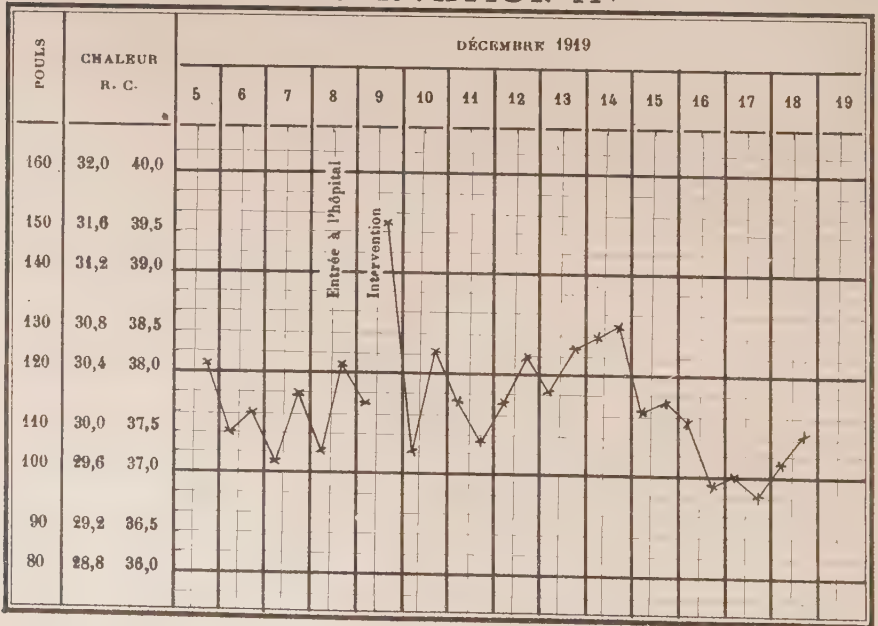
On met un drain plongeant vers la région appendiculo-cœcal, et quatre mèches.

Les suites opératoires sont normales, la malade quitte l'hôpital fin mai, avec une cicatrisation complète.

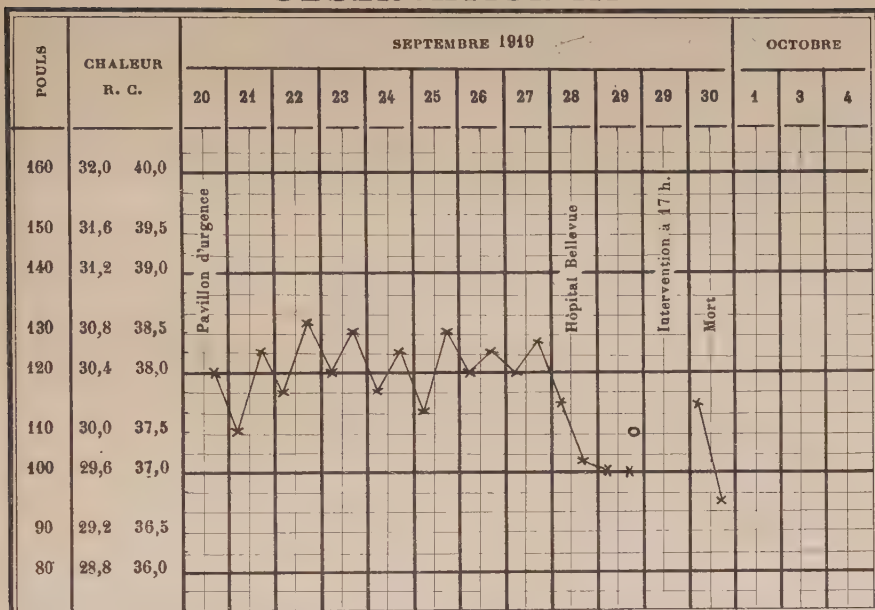
OBSERVATION I



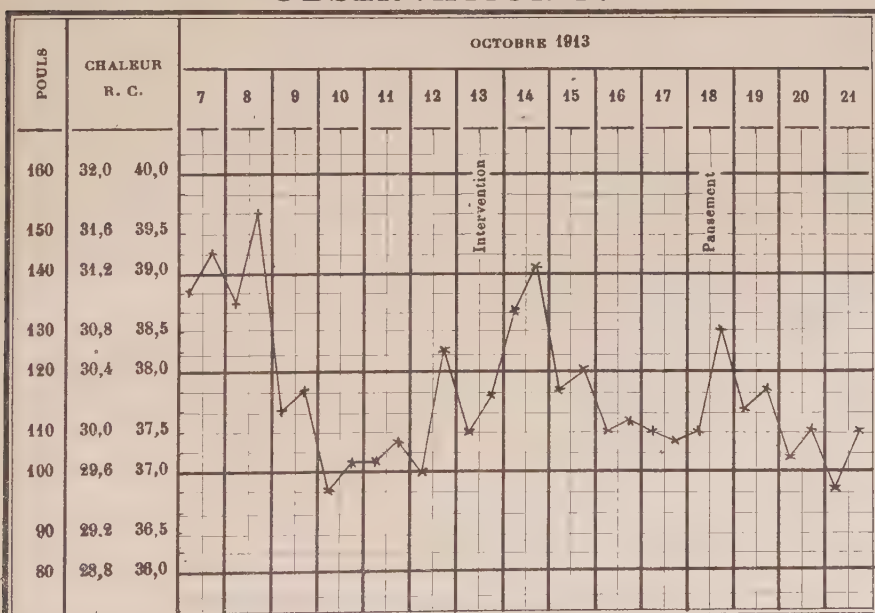
OBSERVATION II



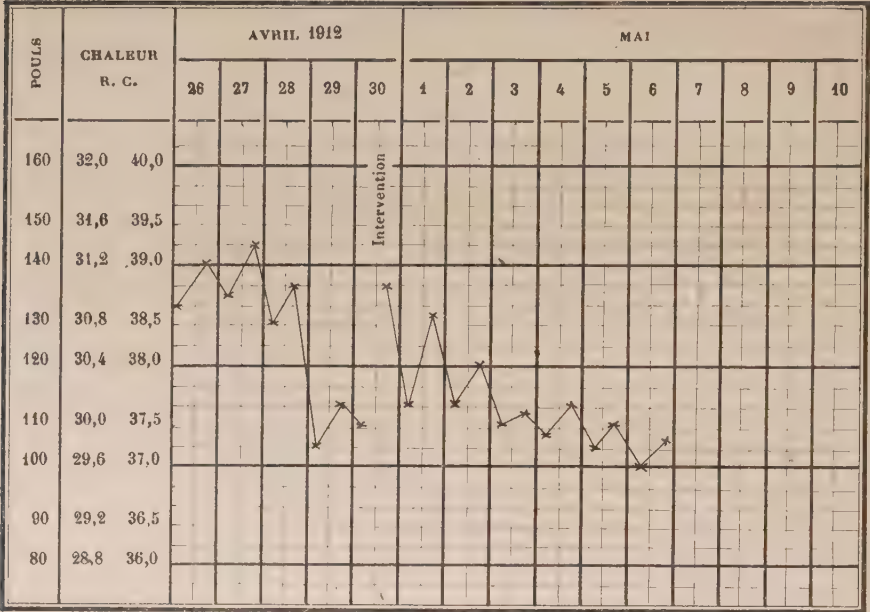
OBSERVATION III



OBSERVATION IV



OBSERVATION V



ÉTUDE CLINIQUE

Il est devenu classique actuellement de se méfier des déductions cliniques tirées de la température, on admet couramment les grosses difficultés de l'interprétation des courbes moyennes entre 37°9 et 38°6.

« On ne compte plus, disent MM. Bérard et Vignard, les cas dans lesquels on a vu évoluer des perforations, des péritonites généralisées avec des réactions thermiques qui oscillent entre ces deux chiffres, sans autre phénomène menaçant, et qui semblaient inspirer toute sécurité. »

Il est banal aussi de constater des collections purulentes après une crise très grave avec grosse température, résolution lente en lysis, refroidissement progressif et une intervention faite après quelques semaines d'apyrexie vous montre un abcès fortement enkysté.

M. Bérard insiste sur ce que certains abcès méso-coeliaques, avec gangrène progressive des anses voisines, peuvent évoluer sans fièvre pendant des semaines, et il cite la belle observation d'un de ses malades chez qui il est intervenu au bout de trois semaines pour ouvrir une collection sphacélique profonde, sans contact avec la paroi, qui se manifestait seulement par une contracture ligneuse des

deux muscles grands droits, et par une pâleur terreuse, caractéristique d'infection. Depuis plus de quinze jours, cependant, la température se maintenait au-dessous de 38° , avec une ou deux pointes seulement au-dessus de $38^{\circ}2$ ou $38^{\circ}4$; le pouls n'avait pas dépassé 90.

Voici d'ailleurs comment s'expliquent les deux auteurs précédemment cités sur la question des abcès appendiculaires :

« En général, le malade a présenté les signes habituels du début de la crise, mais ceux-ci ont persisté après le deuxième jour. Dans les cas les plus faciles à diagnostiquer, on sent un empâtement dans la fosse iliaque droite. On compte sur la glace, la diète et le repos pour le voir diminuer parallèlement avec l'apaisement des signes généraux. Il n'en est rien, et après une courte rémission de 24 heures, ou même sans aucune espèce de trêve, on constate que la température reste élevée avec, de temps à autre, des exacerbations plus inquiétantes de petits frissons, indiquant que l'inflammation suit une marche progressive.

Dans d'autres cas, l'évolution semble orientée vers le refroidissement ; les symptômes généraux s'amendent ; le facies est meilleur, le pouls moins rapide, la langue moins sèche, les vomissements ont diminué ou disparu. La douleur des premiers jours se montre plus supportable, enfin la température manifeste une tendance vers un retour à la normale ; tout laisse espérer que la crise se dénouera sans encombre, lorsque le malade se plaint à nouveau de

souffrir ; il n'a pas reposé la nuit précédente, il se sent agité et est un peu enfiévré. Le pouls est de nouveau accéléré ; quelquefois, un vomissement, un peu de hoquet ont surpris au milieu des signes d'apaisement général ; la courbe thermique s'accidente ; la température s'est élevée, même le matin, et cette ascension va se poursuivre dans les heures et jours qui suivront, tantôt par petits bonds réguliers, tantôt avec des écarts alarmants. Parvenue à 39° , elle s'y maintient ou redescendra pour osciller entre 38° et $38^{\circ}6$.

Dans certains cas, toute sensation de péritonite faisant défaut, c'est seulement en se basant sur les signes généraux et sur la recrudescence de la fièvre qu'on fait le diagnostic ferme de suppuration en voie d'accroissement. Souvent l'opération a été décidée parce que l'abaissement thermique n'a été ni très complet, ni durable, c'est-à-dire que la température ne s'était pas maintenue plusieurs jours entre 37° et 38° .

Cependant, la température pourra revenir au-dessous de 38° lorsque l'abcès sera très enkysté, et alors même qu'il restera volumineux.

Enfin, alors même qu'il ne donne pas lieu à de grandes oscillations du thermomètre, un abcès peut être assez infectant pour que l'état général périclite peu à peu, presque sans réaction thermique. Il faut se défier de ces états de consommation lente qui amènent les sujets à la limite de leur résistance et ne leur permettent souvent de faire qu'avec beaucoup de peine les frais d'une intervention, même minime,

lorsque, malgré le parti pris de temporisation, elle devient nécessaire.

Nos observations, qui s'écartent entièrement du cadre de l'abcès appendiculaire classique et typique, font bien ressortir ce caractère capricieux et infidèle de la température.

Dans le premier cas cité, le malade, frappé en pleine activité, reste quatre jours au lit sans que le thermomètre ne monte à 38° , et cependant la laparotomie faite le quatrième jour montre une péritonite généralisée, un abdomen plein de pus, c'est bien le cas typique de nos apyrétiques primitifs qui, d'emblée, font du pus en abondance, alors que le thermomètre semblait devoir donner pleine sécurité.

Ce cas est d'autant plus suggestif qu'il s'agit d'une première crise appendiculaire, d'une façon indiscutable, un interrogatoire très soigneux n'a pu trouver le moindre signe suspect antérieur.

Dans l'observation de Cha....., Louis, il s'agit d'une récurrence après dix ans, mais dans des circonstances telles (l'affirmation du malade au sujet de l'appendicectomie) que le thermomètre fait errer le diagnostic, et c'est pour adhérences intestinales que l'opération est décidée. Celle-ci nous conduit sur une collection suppurée de la valeur d'un verre, le cinquième jour d'une affection ayant évolué, sans que la température ne dépasse $38^{\circ}1$.

Les observations 4 et 5 nous montrent nos apyrétiques dits secondaires faire d'abord une crise appendiculaire que nous qualifierons de normale, crise aiguë donnant l'impression d'une grosse réaction lo-

cale, suppurée peut-être. Puis l'un de nos malades (Col... Jean, observation 4) fait le troisième jour de la crise une défervescence complète qui se maintient quatre jours pleins. Etant donné la brièveté de la réaction thermique (48 heures), il semble qu'on est en droit de penser qu'il n'y a pas de pus dans l'abdomen, la laparotomie, cependant, donne issue à plus d'un demi-litre de pus collecté dans la région sous-ombilicale et le petit bassin.

Chez la femme Guil... (observation 5), le cas est un peu différent, la crise aiguë dure une semaine, puis défervescence soudaine complète pendant 48 heures, mais là encore un verre de pus épais et fétide montre que la suppuration existait et évoluait toujours nocive.

Le cas de Vold... Antoine (observation 3) est un peu à cheval sur les deux séries de cas. C'est le malade qui, dans une première crise, fait une température oscillante autour de 38° pendant douze jours ; le treizième jour et le quatorzième, le malade est complètement apyrétique, et, cependant, l'intervention évacue un demi-litre de pus malodorant.

TRAITEMENT

Dans les cas de notre travail, il ne saurait être question de l'intervention précoce dans les 36 ou 48 premières heures. Tout opéré dans ces conditions ne rentre pas dans le cadre de notre étude, dont l'intérêt est justement de suivre une crise capricieuse de plusieurs jours, dont l'évolution n'est pas classique.

Et, en effet, que nous disent les traités? Ils sont unanimes à convenir que si l'ablation de l'appendice dans les 48 premières heures n'a pas été pratiquée, il faut provoquer le refroidissement des lésions et admettre quatre semaines comme le plus court délai avant une opération radicale.

Dieulafoy demandait simplement que l'opération eût lieu avant que le malade fût profondément intoxiqué. Quelques chirurgiens continuent à déclarer qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite, et ils opèrent au plus tôt dès qu'ils sont appelés à observer les malades. C'était l'opinion de Kümmel (d'Hambourg) au congrès de Budapest, en 1909, et de Témoins (de Bourges), au congrès français de chirurgie de 1911. Mais ce sont actuellement des exceptions, et la majorité des chirurgiens convaincus que, même en l'absence de tout plastron perceptible abdominal, l'opération à tiède comporte

généralement des difficultés pour le chirurgien et des risques graves pour l'opéré, ne se décident à intervenir à cette période qu'en présence d'indications très nettes. Reprise ou persistance de la température qui monte le soir à $38^{\circ}5$, 39° , même sans œdème progressif de la paroi, avec état anxieux du malade, menace de diffusion de l'inflammation.

Signes d'abcès confirmés au bout de quelques jours pour ne pas s'exposer à la fistulisation des parois qui enkystent l'abcès, à des péritonites diffuses tardives et à des infections par voie lymphatique ou sanguine. Enfin, signes de non-localisation après quelques jours, alors que le ventre devient plus douloureux et réagit dans des régions distantes de l'appendice.

La laparotomie apparaît aussi urgente par la découverte d'un seul signe de diffusion de la péritonite telle l'immobilité du diaphragme, la dissociation du pouls et de la température, la reprise sans cause des vomissements ou de la température.

De ces signes d'alarme, dont le médecin sait se méfier, nous rapprochons la sécurité trompeuse que donnaient nos malades, alors que l'intervention se présentait comme le traitement nécessaire.

Deux de nos malades sont morts, celui de notre première observation, parce que l'absence de température à 38° , le pouls à 100, le bon état général ont conduit à temporiser. Remarquons que l'intervention a été décidée pour les symptômes d'occlusion, et déjà, au 5^e jour de cette crise d'apparence bénigne, c'était trop tard, le malade ne put faire les

frais de l'opération, il mourut de sa péritonite généralisée.

Le malade de notre troisième observation a été opéré sous l'impression d'une collection et sur son mauvais état général, mais cet état n'est apparu que dans les 24 précédentes heures ; là encore l'allure trompeuse de la température a fait différer l'intervention, alors que dans nos trois autres cas le chirurgien, justement prévenu contre le thermomètre, a pu opérer, en temps voulu, celui de l'observation deux, Chab... Louis, par la complicité d'une symptomatologie d'adhérences qui force la main et conduit sur une collection qui est une découverte inattendue avec notre tableau clinique.

Col... Jean, observation quatre, a été opéré après cinq jours d'apyrexie suivant une première crise de 48 heures à cause de la tuméfaction diffuse de la région sous-ombilicale.

La femme G..., observation cinq, est opérée après une crise de trois jours suivie de 48 heures d'apyrexie, à cause de la persistance de la tuméfaction douloureuse ; on évacue un verre de pus épais et fétide, la guérison suit rapide et complète.

Ces exemples nous permettent de dire que le défaut de température, même avec un bon poulx, ne doit pas faire rejeter à *priori* l'idée d'intervention pour le praticien qui devra s'ingénier à chercher dans l'examen du malade tous les signes qui peuvent lui donner des indications, et s'il découvre d'autres raisons d'opérer : tuméfaction augmentant de volume, défaut de localisation, signes de diffusion

du grand péritoine, d'infection par voie sanguine ou lymphatique, affaiblissement général, allure toxique de l'affection, il devra poser ses indications immédiatement, sans s'occuper plus de l'absence de température dont l'observation pourrait le conduire à une temporisation désastreuse.

L'intervention se fera suivant les techniques habituelles ; elle aura pour but l'évacuation du foyer purulent et l'ablation complète de l'appendice chaque fois que la chose sera possible.

CONCLUSIONS

1° Il existe des appendicites avec apyrexie primitive (au-dessous de 38° ou dépassant à peine ce chiffre) qui, en quelques jours, donnent une collection suppurée ou une péritonite purulente généralisée ;

2° Il y a des appendicites qui, après quelques jours de fièvre, font une chute de température ; se maintiennent à cette apyrexie secondaire pendant deux, trois, quatre jours et plus, avec un pouls marchant de pair et se tenant au-dessous de 100, donnant l'impression nette de résolution de la crise sans suppuration, qui peuvent évoluer cependant avec une suppuration septique et abondante ;

3° L'absence ou la chute de température ne constitue pas une contre-indication à l'intervention.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu : LE DOYEN,

TIXIER.

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 13 novembre 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Semaine médicale du 3 février 1904. — « Valeur pronostique et diagnostique de la fièvre dans l'appendicite. »

Thèse LANCET, Paris 1906. — « La température et le pouls dans quelques appendicites aiguës. »

Province médicale du 6 avril 1907, p. 169.

Société de Chirurgie de Lyon, (25 février 1909). — Compte rendu in *Lyon medical*, 1909, p. 936.

Léon BÉRARD et Paul VIGNARD. — « L'appendicite : Etude clinique et critique », 1914, pages 224, 241, 265, 272, 283, 310, 351, 752, 740-760 ; Observations 69, 89, 128 et 129.

Rapport de KÜMMEL (d'Hambourg) *Congrès de Budapest*, 1909.

Rapport de TÉMOIN (de Bourges) *Congrès Français de Chirurgie*, 1911.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
OBSERVATIONS	12
<i>Observations du premier groupe :</i>	
Les apyrétiques primitifs	12
<i>Observations du second groupe :</i>	
Les apyrétiques secondaires	17
<i>Graphiques</i>	20
ETUDE CHIMIQUE	23
TRAITEMENT	28
CONCLUSIONS ..	32
BIBLIOGRAPHIE	33

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMP. THÉOLIER, 12, RUE GÉRENTET, SAINT-ÉTIENNE
